



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

ADI ve SOYADI :

Bölümü-Sınıfı :

Öğrenci Numarası :

T.C. Kimlik Numarası:

S.G.K / Bağ-Kur /Emekli Sandığı /SSK Numarası (Varsa):

Adresi :

Telefon : GSM()

e-mail:

YAZ DÖNEMİ:

- 14 HAZİRAN – 09 TEMMUZ 2021 (20 İş günü)
- 14 HAZİRAN – 16 AĞUSTOS 2021 (40 İş günü)
- 26 TEMMUZ – 20 AĞUSTOS 2021 (20 İş günü)

STAJ YAPACAĞI DERSİN ADI:

STAJ YAPACAĞI HASTANE:

Süresi (İş Günü) :

HASTANE YATAK SAYISI:

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi : / /.....

Sayı:/...../.....

.....BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Yukarıda belirtilen tarihler arasında İş günlük stajımı yapmak istiyorum.

Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin veya stajdan vazgeçmem halinde en az 1 (bir) hafta önceden Fakülte Dekanlığı'na bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası

Sayı:/...../.....

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilenBölümü öğrencisinin Hastanesi'nde belirtilen iş günü kadar staj yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ
Bölüm Başkanı

Sayı:/...../.....

.....BAŞHEKİMLİĞİNE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Fakültemiz Programı sınıf öğrencisi tarihleri arasında Hastanesi'nde zorunlu staj yapmak istemektedir.

5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 (Yirmi) İş günü "iş kazası ve meslek hastalığı" sigortası primi kurumumuz Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü tarafından ödenecektir.

Yaz uygulaması alanında haftada 40 saat olmak üzere toplam **160 saat (4 hafta)** dır.

Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür.

İlgili öğrencinin kurumunuzda / kuruluşunuzda staj yapmasını olurlarınıza arz / rica ederim.

.....
Dekan / Dekan Yardımcısı

Sayı:/...../.....

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin tarihlerinde kurumumuzda / kuruluşumuzda staj yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz / rica ederim.

KURUM YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı

(Ünvanı)

Mühür ve İmza

U Y G U N D U R

...../...../.....

.....

.....